

ORIGINAL

Recibido: 21 de mayo de 2017
Aceptado: 19 de julio de 2018
Publicado: 26 de septiembre de 2018

USO DE LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES PARA COMPRENDER LAS ACTITUDES DISCRIMINATORIAS HACIA EL VIH/SIDA

Carmen María Aránzazu Cejudo-Cortés (1), Celia Corchuelo-Fernández (1) y Ramón Tirado-Morueta (1)

(1) Departamento de Educación. Facultad Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva. Huelva. España.

RESUMEN

Fundamentos: La Teoría de la Representación Social (TRS) es un enfoque muy utilizado para comprender las actitudes hacia el VIH/SIDA en diversas culturas y contextos. Sin embargo, son escasos los estudios que ofrecen una visión amplia del problema y además este estudio se centra en el colectivo de futuros educadores. El objetivo de esta investigación fue comprender, la medida en la que el conocimiento y las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA determinan las actitudes hacia el VIH/SIDA en una población de educadores/as en formación.

Métodos: La muestra de este estudio se compuso de 613 estudiantes universitarios en Huelva, España. Para ello, se utilizó la TRS y se formuló las hipótesis de acuerdo a sus supuestos, utilizando como instrumentos de recogida de datos un test de conocimientos sobre VIH/SIDA y las escalas de representaciones y actitudes ante el VIH/SIDA que ayudaron a obtener información sobre algunas representaciones sociales y actitudes discriminatorias. Como método de análisis se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales.

Resultados: Los datos mostraron que el grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA influyó negativamente ($\beta=-0,36$) sobre las representaciones negativas, y estas afectaron positivamente ($\beta=0,80$) sobre las actitudes discriminatorias. Asimismo, el grado de conocimiento influyó indirectamente y negativamente ($\beta=-0,26$) sobre las actitudes discriminatorias.

Conclusiones: Los resultados subrayan que las actitudes, ya sean discriminatorias o tolerantes hacia las personas con VIH/SIDA de los educadores/as en formación, están determinadas por sus representaciones sociales, y estas por el grado de conocimiento sobre VIH/SIDA, poniendo de relieve la importancia de la formación.

Palabras clave: VIH, SIDA, Actitudes, Representación Social, Información.

ABSTRACT

Use of the theory of the social representations to understand discriminatory attitudes towards HIV/AIDS

Background: The Theory of Social Representation (TSR) is a widely used approach to understanding attitudes towards HIV/AIDS in diverse cultures and contexts. However, there are few studies that offer an articulate view of the problem, and that also focus on the role of future educators. This research aimed to understand the extent to which knowledge and social representations about HIV/AIDS determine attitudes towards HIV/AIDS in a population of educators in training.

Methods: This research is based on the contribution of 613 university students from Huelva, Spain. For that, TRS has been used and the hypothesis has been formulated according to its assumptions. A test about HIV, representation scales and attitude scales towards HIV are the instruments that have used for data collection. These help to obtain information about some social representations and exclusive attitudes. As an analytical method, the reproduction of structural equations was into use.

Results: The data have proved that the knowledge degree about HIV has a negative ($\beta=-0,36$) influence on negative representations. And these have a positive effect ($\beta=0,80$) on exclusive attitudes. Similarly, the knowledge degree determined both in an indirect and negative ($\beta=-0,26$) way the discriminatory attitudes.

Conclusions: The results show that student teachers' attitudes, whether discriminatory or tolerant towards people with HIV/AIDS, are determined by their social representations, and these by the level of knowledge about HIV/AIDS, highlighting the importance of education.

Key words: HIV, AIDS, Attitudes, Social Representation, Information.

Correspondencia:

Carmen María Aránzazu Cejudo Cortés
Facultad Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva
21007 Huelva (España)
carmen.cejudo@dedu.uhu.es

Cita sugerida: Cejudo-Cortés CMA, Corchuelo-Fernández C, Tirado-Morueta R. Uso de la teoría de las representaciones sociales para comprender las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA. Rev Esp Salud Pública. 2018;92:26 de septiembre e201809048.

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/SIDA es uno de los problemas de salud pública que más afectan a las personas jóvenes en todo el mundo⁽¹⁾. En la actualidad, más de 36 millones de personas viven con VIH y un millón de personas en 2016, murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA⁽²⁾. España ha tenido durante años las tasas más altas de infección de Europa, con un total de 100.000 infectados desde que se detectaron los primeros casos hace más de 30 años⁽³⁾.

Durante estas tres décadas de lucha contra la pandemia, se ha demostrado en numerosas ocasiones que una de las principales medidas es la educación⁽⁴⁾. Las instituciones escolares no solo deben fomentar la prevención en nuevas infecciones, sino ser vehículo de búsqueda de una serie de valores de convivencia y actitudes tolerantes, que eviten la discriminación de las personas VIH positivas. Numerosos estudios subrayan entre sus conclusiones las actitudes negativas y estigmatizadas hacia las personas que tienen VIH/SIDA^(5,6,7), y por ello, es indispensable que los futuros docentes estén formados y sensibilizados en la promoción de hábitos saludables y en el respeto a la diversidad^(8,9).

Una teoría muy utilizada como marco de referencia para comprender las actitudes hacia el VIH/SIDA es la Teoría de la Representación Social (TRS)⁽¹⁰⁾ cuyo impulsor fue Serge Moscovici^(14,15,23). Con el propósito de aportar propuestas y ayudar a eliminar el estigma asociado al VIH/SIDA, son numerosos los estudios realizados en múltiples contextos y culturas, identificando los factores asociados a actitudes discriminatorias^(9,11,12,13,14,15). La TRS trata de comprender cómo se forman las creencias, los conocimientos y actitudes que se propagaban dentro de una comunidad y qué factores determinan tal proceso.

Moscovici identificó tres dimensiones: a) información; b) campo de representación, c) actitud^(14,15,23). La información es la

dimensión relativa a los conocimientos sobre el objeto social que se representa, los cuales se adquieren en el intercambio verbal con otras personas o por el contacto directo o experiencias con el propio objeto. El campo de representación trata sobre la imagen de ese objeto que ha sido construida por la sociedad y por el propio sujeto. Por último, la actitud es la dimensión de las posiciones en referencia al objeto, esto es, las percepciones negativas o positivas que se tienen de él, siempre influenciadas por el marco de referencia previo.

La representación social, desde una perspectiva estructural, está formada por un núcleo central que agrupa y organiza los elementos sobre los cuales hay más consenso, dependiendo del objeto y de la imagen a la que se haga referencia, y un sistema periférico que se encarga de adaptar la representación a un contexto particular y que adopta el individuo⁽⁴⁰⁾. Algunos estudios explican a través de esta teoría, como determinadas representaciones sobre el VIH/SIDA –sobre todo las relacionadas con la estigmatización, el sentimiento de culpa o los estereotipos– provocan que las personas sientan menos riesgo de contraer el virus, sintiendo una “falsa seguridad” que les induce a tomar menos precauciones en su comportamiento sexual⁽⁴¹⁾.

Asimismo, la TRS ha sido un modelo teórico recurrente en los estudios cualitativos sobre el VIH/SIDA, dado que ayuda a profundizar en la configuración del imaginario colectivo de un contexto concreto, y esto permite desarrollar propuestas de intervención específicas que ayuden a reducir el estigma anclado en determinados colectivos^(39,40).

Han sido escasos los estudios de corte cuantitativo que han usado la TRS para estudiar el VIH/SIDA, debido a la complejidad de plasmar en datos cuantificables las representaciones sociales de los individuos. Sin embargo, este tipo de estudios, con la ayuda de técnicas estadísticas avanzadas pueden ayudar a fortalecer los hallazgos de los estudios cualitativos, permitiendo generalizar

los resultados al utilizar muestras más amplias^(41,42,43,44).

Con estos antecedentes, esta investigación, se centró en una muestra de futuros/as educadores/as y con el uso del modelaje de ecuaciones estructurales se propuso conocer cómo se articulan entre sí algunos de los componentes de la TRS, lo que ayudará a comprender la formación de actitudes discriminatorias de los futuros agentes educativos.

Concretamente, los objetivos de esta investigación fueron los siguientes:

– Comprobar que los *mitos* sobre el VIH/SIDA, la consideración del VIH/SIDA como una *enfermedad marginal* y el *miedo* hacia las personas que tienen VIH/SIDA, son dimensiones que conforman el constructo denominado *representaciones sociales*.

– Comprobar que el constructo *representaciones sociales* favorece las actitudes negativas hacia las personas con VIH/SIDA.

– Comprobar que el *conocimiento* sobre el VIH/SIDA hace que disminuyan las actitudes negativas hacia las personas con VIH/SIDA.

Para responder a estos objetivos se formularon las siguientes hipótesis:

H1. Los mitos hacia la enfermedad, considerar el VIH como enfermedad marginal y el miedo hacia las personas con VIH/SIDA, conforman las representaciones sociales de algunos de los sujetos.

– H1a. Los mitos hacia el VIH/SIDA es una de las dimensiones que conforman las representaciones sociales hacia el VIH/SID^(16,17).

– H1b. Considerar el VIH/SIDA como enfermedad marginal es una de las dimensiones que conforman las representaciones sociales hacia el VIH/SIDA⁽¹²⁾.

– H1c. El miedo hacia el VIH/SIDA es una de las dimensiones que conforman las representaciones sociales hacia el VIH/SIDA⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, existen investigaciones que han demostrado la conexión entre conocimiento y representaciones sociales del VIH/SIDA^(11,19,20):

H2. Un mayor conocimiento de los encuestados hacia el VIH/SIDA reduce sus representaciones sociales más negativas hacia el VIH/SIDA.

También es habitual encontrar numerosa literatura científica que demuestra la conexión entre conocimiento y actitudes discriminatorias^(13,21,22):

H3. Un mayor conocimiento de los encuestados hacia el VIH/SIDA reduce las actitudes desfavorables hacia las personas con VIH/SIDA.

Todas las anteriores hipótesis enumeradas, hacen a pensar que es necesario desvelar si el imaginario social y colectivo hacia el VIH/SIDA, es la causa de muchas actitudes discriminatorias:

H4. Las representaciones sociales de los encuestados hacia el VIH/SIDA favorecen sus actitudes negativas o positivas hacia las personas con VIH/SIDA. La **figura 1** muestra el esquema utilizado para la verificación de las hipótesis.

SUJETOS Y MÉTODOS

Sujetos y procedimiento. El estudio se realizó en la Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte de la Universidad de Huelva, donde el tamaño de la muestra se estableció para una población de 2.076 estudiantes, con un margen de error (e) = $\pm 0,04$ y con un nivel de confianza ($Z=1,96$) del 95%, siendo el mínimo, 491 sujetos, si bien los sujetos participantes en el estudio se ampliaron a 613. La muestra fue tomada aleatoriamente entre la totalidad de estudiantes de las titulaciones de los grados de Educación Social, Educación Infantil, y Educación Primaria, visitando todos los cursos de cada titulación e insistiendo en que la participación era voluntaria y anónima.

Medidas. Los constructos utilizados se tomaron de la teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici^(14,15,23). En este estudio los constructos fueron: a) *conocimiento* sobre el VIH/SIDA; b) *representaciones* del VIH/SIDA y c) *actitudes discriminatorias* frente al VIH/SIDA.

Cada constructo fue medido por un instrumento. Para medir el *conocimiento sobre el VIH/SIDA*, se tomó como referencia los instrumentos validados siguientes: *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales* de la Fundación para la Investigación y Prevención del SIDA en España (FIPSE)⁽²⁴⁾; *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos* de Fundación de Ayuda contra la drogadicción y el Instituto de la Juventud (FAD-INJUVE)⁽²⁵⁾; *Estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) en España* del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España⁽²⁶⁾; y el instrumento *Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesores en el Cur-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua* elaborado por investigadores de la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)⁽²⁷⁾

El *conocimiento sobre VIH/SIDA* fue medido por una prueba tipo test sobre el VIH/SIDA de opción múltiple y con una única respuesta correcta. Estuvo subdividido en dos dimensiones, *epidemiología*, y *diagnóstico y tratamiento* (tabla 1). Se pretendió recoger, la información que poseían los encuestados sobre esta temática y las fuentes de dicha

información, las vías de transmisión, los diferentes estadios de la enfermedad, las consecuencias que provocan y las alteraciones en nuestro organismo cuando se vive con el VIH o padece el SIDA, las pruebas de detección del virus y dónde se llevan a cabo, así como la información del tratamiento antirretroviral.

Tras la prueba piloto, la versión final del test obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,64 para 13 elementos aplicado a 612 observaciones válidas. Asimismo, el Índice de Dificultad de la prueba fue de 0.42, guardando el equilibrio entre ítems de dificultad alta y media. Finalmente, la correlación ítem-total fue superior a 0.17 en todos los ítems.

Para medir las *representaciones* se tomó de referencia el trabajo de Aggleton y Parker⁽²⁸⁾, y se crearon tres dimensiones: *mitos*, *enfermedad marginal*, y *miedos* (tabla 1). Los *mitos* hacen referencia al desconocimiento o conocimientos erróneos sobre el VIH, el SIDA, sus vías de transmisión/no transmisión, dado que es una de las principales causas del estigma y la discriminación^(29,30). La *enfermedad marginal* hace referencia a los prejuicios sobre la sexualidad humana^(31,32). Los *miedos* hacen referencia al miedo a la muerte, y a otros temores hasta ahora relacionados, como son la preocupación de un futuro familiar, social y/o laboral con mayor grado de dificultad si se padeciese VIH/SIDA⁽³³⁾.

Para medir la *actitud*⁽³⁴⁾ se tomó como referencia la *Escala para la Evaluación del estigma sentido* de Miric⁽³⁵⁾, el trabajo de Gil de

Tabla 1
Estructura de los instrumentos de medida

Constructos	Dimensiones	Ítems
C1. Conocimientos sobre el VIH/SIDA	Epidemiología	3-15
	Diagnóstico y tratamiento	
C2. Representaciones sociales sobre el VIH/SIDA	Mitos	16-38
	Enfermedad marginal	
	Miedos	
C3. Actitudes discriminatorias frente al VIH/SIDA	Actitudes	39-52

Montes, Fuster, Molero, Ubillos y Agirrezaba⁽⁶⁾ y el Informe FIPSE de Agirrezabal, Fuster y Valencia⁽³⁶⁾. La *actitud* hace referencia a las creencias y comportamientos –percibidos o anticipados– como indicadores de miedo, rechazo o alejamiento de aquellas personas

con VIH/SIDA (tabla 1). Para la validación de las escalas que miden las *representaciones*, y las *actitudes*, se analizó la fiabilidad, la unidimensionalidad, y la validez convergente. La tabla 2 muestra valores aceptables respecto a todos los indicadores.

Tabla 2
Valores de la validez convergente de las escalas (mitos, enfermedad marginal y miedos) de representaciones y actitudes

Dimensiones	Ítems	Validez convergente		Fiabilidad		Unidimensionalidad		
		Carga factorial	AVE	Alfa de Cronbach	Fiabilidad compuesta	Auto-valores para el 1º y 2º componente		Varianza del el 1º componente
Mitos	Conlleva riesgo de contagio... ... compartir baño/ vestuario con una persona con VIH/SIDA	0,88	0,78	0,73	0,87	1,57	0,42	78,76
	... compartir habitación en el hospital	0,88						
Enfermedad marginal	Tienen mayor riesgo/ probabilidad de tener VIH/ SIDA las personas... ... Homosexuales		0,54	0,73	0,87	3,29	1,02	54,91
	... Bisexuales	0,74						
	... que vienen de países africanos	0,67						
	... han tenido relaciones con prostitutas	0,68						
	... que vienen de países del Este	0,78						
	... que vienen de Latinoamérica	0,82						
Miedos	Si estuviera infectado por el VIH... ... pensaría que voy a morir	0,73	0,64	0,82	0,87	2,56	0,64	64,03
	... me daría mucha ira	0,69						
	... me angustiaría por el deterioro físico	0,87						
	... pensaría en el envejecimiento prematuro que voy a padecer	0,87						
Actitudes	Si estuviese usted/familiar próximo a una persona con VIH/SIDA... ... cambiaría de habitación hospital	0,73	0,59	0,77	0,85	2,38	0,67	59,59
	... cambiaría a mi hijo de guardería	0,79						
	... tomaría medidas higiénicas estrictas	0,75						
	... me daría mucho miedo	0,80						

Análisis estadístico. Con el fin de probar las hipótesis formuladas en la **figura 1**, se utilizó el Modelo de Ecuaciones Estructurales a través del software Amos 18.0. De acuerdo con este método de modelado, cada teoría contiene un conjunto de correlaciones, y si la teoría es válida, entonces los patrones de correlación (hipótesis) pueden reproducirse en datos empíricos⁽³⁷⁾.

RESULTADOS

Modelo estructural. En primer lugar, se realizó un análisis estadístico para examinar las

condiciones de normalidad de las variables usadas en el modelo de ecuación estructural. En este caso, se utilizó el análisis de la asimetría y la curtosis (**tabla 3**). Los resultados mostraron que los valores de ambas pruebas estadísticas fueron < 1, así que la condición de normalidad fue asumida⁽³⁸⁾.

Se analizó la validez discriminante entre las variables introducidas en el modelo, donde se comprobó que la raíz cuadrada del promedio de la varianza de cada constructo tiene valores superiores al de sus correlaciones con el resto de factores (**tabla 4**).

Figura 1
Modelo de análisis

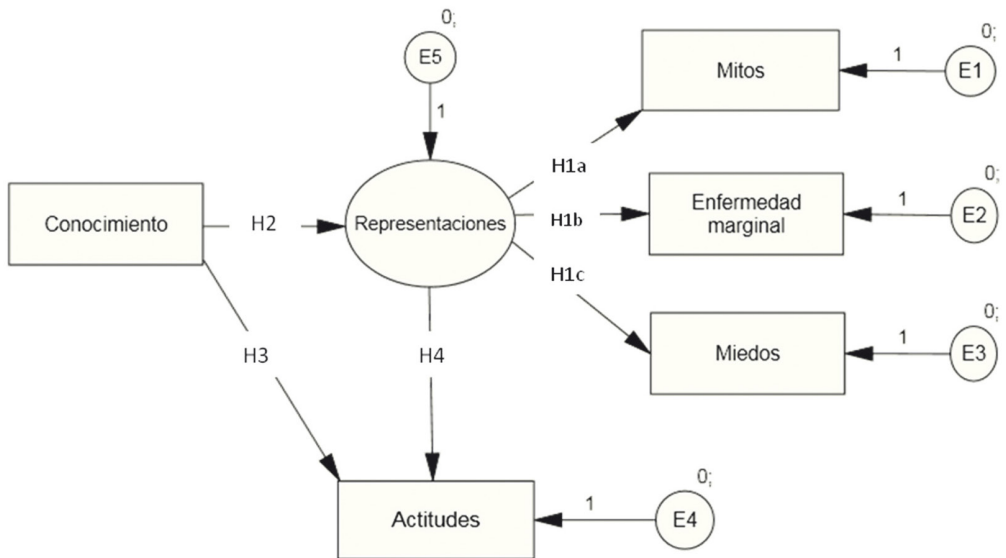


Tabla 3
Prueba de la condición de normalidad de las variables introducidas en el modelo

Dimensiones	Asimetría (ET)	Curtosis (ET)
Conocimiento	0,07(0,10)	-0,58(0,20)
Mitos	-0,04(0,09)	0,31(0,19)
Miedos	-0,72(0,09)	0,70(0,19)
Enfermedad marginal	0,02(0,09)	-0,35(0,19)
Actitudes	-0,08 (0,09)	-0,50(0,19)

La figura 2 muestra los índices de regresión y correlación de todas las relaciones establecidas en el modelo, así como las varianzas de cada constructo y sub-constructo. Después de probar la validez de la estructura del modelo conceptual, se comprobó que los índices de ajuste fueran aceptables: $\chi^2 / df = 4.46$ ($p < .001$); TLI = .91; RMSEA = .07; CFI = .97; NFI = .96, and PNFI = .32. El modelo explicó 47% de la varianza del sub-constructo “mitos”, el 36% de “enfermedad marginal”, el 25% de “miedos”, y el 63% del

constructo “actitudes”, y el 13% del constructo “representaciones”.

Revisión de las hipótesis. Según las medidas utilizadas en este estudio (tabla 5), los datos apoyaron la aceptación de la H1 (a, b y c). Es decir, las representaciones sociales hacia el VIH/SIDA, que manifiestan los encuestados, eran un constructo que incluía tres indicadores: mitos, la idea de enfermedad marginal y los miedos. En este sentido, el constructo representaciones se mostró asociado al

Tabla 4
Análisis de la validez discriminante de las escalas (mitos, miedos y enfermedad marginal) de representaciones y actitudes

Dimensiones	Mitos	Miedos	Enfermedad marginal	Actitudes
Mitos	0,88	0,28**	0,45**	0,54**
Miedos	0,28**	0,80	0,29**	0,44**
Enfermedad marginal	0,45**	0,29**	0,74	0,44**
Actitudes	0,54**	0,44**	0,44**	0,76

** $p < .01$; Nota: las cursivas representan \sqrt{AVE}

Figura 2
Estimaciones del modelo

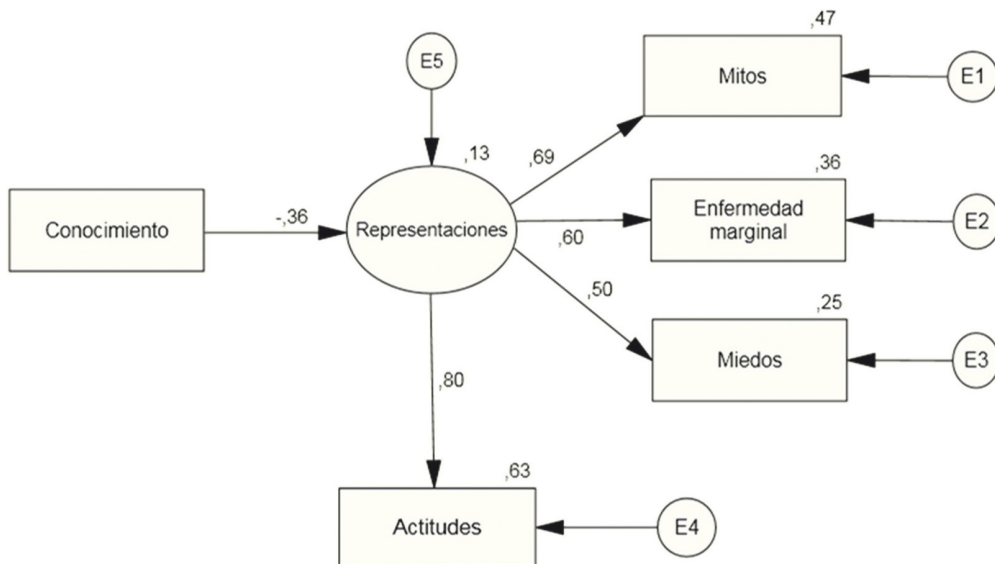


Tabla 5
Efectos directos, indirectos y totales de las variables en el modelo

Hipótesis y efectos de las variables	Efectos directos <i>B(p)</i>	Efectos indirectos <i>B(p)</i>	Efectos totales <i>B(p)</i>
H1a. Representaciones → Mitos	0,69***	0,00	0,69
H1b. Representaciones → Enfermedad marginal	0,60***	0,00	0,60
H1c. Representaciones → Miedos	0,50***	0,00	0,50
H2. Conocimiento → Representaciones	-0,36***	0,00	-0,36
H3. Conocimiento → Actitudes	0,00	-0,28	-0,28
H4. Representaciones → Actitudes	0,80***	0,00	0,80
$\chi^2/df = 4.46 (p < .001)$			
TLI = .91			
RMSEA = .07 [.04-.10]			
CFI = .97			
NFI = .96			
*** <i>p</i> < .001			

sub-constructo mitos ($\beta=.69$, $p<.001$), por lo que se aceptó la H1a, al sub-constructo enfermedad marginal ($\beta=.60$, $p<.001$), por lo que se aceptó la H1b, y al sub-constructo miedos ($\beta=.50$, $p<.001$), por lo que se aceptó la H1c.

Por otra parte, el constructo *conocimiento* se mostró asociado al constructo *representaciones* ($\beta=-.36$, $p<.001$), por lo que, según tales datos la H2 podría ser aceptada. Asimismo, el constructo *conocimiento* se mostró asociado indirectamente al constructo *actitudes*. En este sentido, los datos apoyaron parcialmente la H3. Es decir, los conocimientos estuvieron asociados indirectamente a las actitudes, a través del efecto acumulativo de las representaciones sociales de los encuestados.

Finalmente, el constructo *representaciones* se mostró asociado al constructo *actitudes* ($\beta=.80$, $p<.001$), por lo que se aceptó la H4. En la **figura 2** se muestran las estimaciones del modelo.

DISCUSIÓN

Esta investigación, tomando como base las aportaciones de estudios cualitativos previos^(6,12,39,40) y utilizando técnicas estadísticas

avanzadas, supone un avance en la validación de la aplicación de la TRS como medio para comprender los mecanismos que explican las actitudes discriminatorias hacia quienes tienen VIH/SIDA^(41,42,43,44). Asimismo, estos resultados ayudan a comprender las medidas que deben tomarse para reducir tales actitudes. Y, en este sentido, un segundo aspecto interesante del estudio fue que se centró en futuros agentes educativos y de cambio social, al tomar como muestra a maestros/as, educadores/educadoras y profesores/as en formación.

Los resultados de este estudio corroboraron parte de los hallazgos de investigaciones anteriores realizadas en otros contextos, si bien añaden nuevos matices y una visión articulada de la problemática investigada. Respecto a la H1, los datos permitieron aceptar la idea de que los miedos, los mitos o ideas erróneas sobre el VIH/SIDA y la asociación del VIH/SIDA a la marginalidad, son aspectos que constituyen las representaciones/creencias sobre el VIH o sobre las personas que padecen la enfermedad⁽²⁷⁾.

Respecto a la H2, los datos corroboraron los hallazgos de estudios realizados en otros

contextos y culturas, mostrando que en la medida en la que las personas (en este caso, educadores en formación) poseen un conocimiento válido sobre el VIH/SIDA, disminuirán las representaciones negativas sobre el VIH y la enfermedad^(7,11).

Asimismo, respecto a la H3, los datos mostraron una influencia indirecta de los conocimientos válidos sobre el VIH/SIDA, sobre las actitudes discriminatorias. Es decir, aunque su influencia no es directa, los datos permiten confirmar que su influencia es a través de las representaciones/creencias determinadas por la validez de los conocimientos que las personas poseen del VIH/SIDA^(12,13).

Finalmente, respecto a la H4, y como se ha comentado en el párrafo anterior, los datos mostraron que las representaciones negativas que los estudiantes tienen hacia el VIH/SIDA, influyen en actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH o padecen la enfermedad^(11,20).

Los datos de este estudio han puesto de manifiesto la articulación entre distintos componentes que explican las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA, según la TRS. Aunque la relación entre el conocimiento y actitudes discriminatorias hacia quienes tienen VIH/SIDA está muy probada, este estudio subraya que se trata de una relación *indirecta*. Es decir, las actitudes discriminatorias pueden reducirse si aumenta el conocimiento sobre el VIH/SIDA, dado que ello provocará un decrecimiento de la información errónea.

Estos resultados sirven para corroborar la importancia de políticas, programas y acciones educativas sobre el VIH/SIDA, para eliminar mitos, miedos y la asociación del VIH/SIDA con la marginalidad. En este sentido, la educación no sólo debe entenderse como una medida preventiva respecto al VIH/SIDA, sino también para paliar las actitudes discriminatorias de la población que lo padece. Para evitar las actitudes discriminatorias hacia quienes tienen VIH o padecen la enfermedad, se requieren intervenciones educativas

que provoquen un cambio de percepción hacia este hecho, aumentando la presencia de información exhaustiva y veraz entre la ciudadanía. De ahí la importancia de ofrecer formación específica a los futuros profesionales de la educación que les permita actuar como agentes de divulgación y gestores de cambio.

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo y sus resultados son generalizables en la medida en la que se han utilizado instrumentos validados en otros estudios, que poseen unos índices de validez y fiabilidad aceptables y fueron aplicados a través de un muestreo aleatorio. Si bien, las propias limitaciones de los cuestionarios auto-administrados, como el utilizado en este estudio, hace que sea conveniente realizar estudios complementarios cualitativos. Este tipo de estudios permitirán una identificación más profunda de las representaciones sociales que tienen distintos sectores de la ciudadanía sobre el VIH/SIDA, aportando información más ajustada a contextos socio-educativos concretos. Asimismo, conviene profundizar en las actitudes, no sólo discriminatorias, también en la auto-discriminación, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2008. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_es.pdf.
2. ONUSIDA. Hoja Informativa. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2017. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA; 2008. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>.
4. UNESCO. Estrategia de la UNESCO sobre el VIH/SIDA. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2012. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001931/193118s.pdf>.
5. Faraco JC, Leal JL, Marchena JAM, Garrido EG. SIDA, infancia y exclusión social. Bases para un proyecto de investigación socioeducativa. En: La problemática

- del SIDA: Una aproximación socioeducativa. Sevilla, Universidad Pablo de Olavide; 2011. p. 87-106.
6. Gil de Montes L, Fuster MJ, Molero F, Ubillos S, Agirrezabal A. Las implicaciones de la ocultación y su posible papel como estrategia de afrontamiento del estigma asociado al VIH. Libro de ponencias de la II Encuentro FIPSE sobre Investigación Social en VIH/Sida; 2009 febrero 4-6-febrero: San Sebastián: Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco; 2009.
7. Janahi EM, Mustafa S, Alsari S, Al-Mannai M, Farhat GN. Public knowledge, perceptions, and attitudes towards HIV/AIDS in Bahrain: A cross-sectional study. *J Infect Dev Ctries*. 2016; 10(9):1003-1011.
8. Cava, JC, Musitu G. La convivencia en la escuela. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2002.
9. Pérez AM, Murgiondo JE. Claves para atender a la diversidad afectivo sexual en el contexto educativo desde un enfoque global escolar. *REOP*, 2014; 25(3):121-128.
10. Martins-Silva PDO, Junior S, Peroni GGH, Medeiros CPD, Vitória NOD. The social representation theory in Brazilian organizational studies: a bibliometric analysis from 2001 to 2014. *Cadernos EBAPE. BR*, 2016; 14(4):891-919.
11. DiClemente RJ, Zorn J, Temoshok L. Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco. *Am J Public Health*, 1986; 76(12):1443-1445.
12. Leal NSB, Coêlho AEL. Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. *Revista de Psicologia*, 2016; 28(1):9-16.
13. Lohrmann C, Välimäki M, Suominen T, Muinonen U, Dassen T, Peate I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *J Adv Nurs*, 2000; 31(3):696-703.
14. Moscovici, S. Notes towards a description of social representations. *Eur J Soc Psychol*. 1988; 18(3):211-250.
15. Moscovici, S. The origin of representations: a response to Michael. *New Ideas Psychol*. 1990; 8(3):383-388.
16. Parker RG, Aggleton P, Attawell K, Pulerwitz J, Brown L. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. New York: Population Council; 2002.
17. UNAIDS/World Health Organization. World AIDS Campaign 2002-2003. A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2002.
18. Haroun D El Saleh O, Wood L, Mechli R, Al Marzouqi N, Anouti S. Assessing Knowledge of, and Attitudes to, HIV/AIDS among University Students in the United Arab Emirates. *PloS one*, 2016; 11(2):e0149920.
19. DiClemente RJ, Boyer CB, Morales ES. Minorities and AIDS: knowledge, attitudes, and misconceptions among black and Latino adolescents. *Am J Public Health*, 1988; 78(1):55-57.
20. Garcia-Silberman S. The social representation of mental health and illness among Mexican students. *Salud Mental*, 1998.
21. Amirhanian YA, Kelly JA, Issayev DD. AIDS knowledge, attitudes, behaviour in Russia: Results of a population-based, random-digit telephone survey in St Petersburg. *Int J STD AIDS*, 2001; 12(1):50.
22. Huang J, Huang J, Bova C, Fennie KP, Rogers A, Williams AB. Knowledge, attitudes, behaviors, and perceptions of risk related to HIV/AIDS among Chinese university students in Hunan, China. *AIDS Patient Care & STDs*, 2005; 19(11):769-777.
23. Moscovici S. Attitudes and opinions. *Annu Rev Psycho*, 1963; 14(1):231-260.
24. Belza M J, Koerting A, Suárez M. Informe FIPSE: Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Encuesta de salud y hábitos sexuales. España: Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España; 2003. Disponible en: https://fipse.es/sites/default/files/documentos/publicacion/2015/07/20/manual_jovenes.pdf.
25. Comas D, Aguinaga J, Orizo, FA, Espinosa A y Ochaita E. Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos. 2003; Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción (FAD) e Instituto de la Juventud (INJUVE). Disponible http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/26/publicaciones/jovenesyestilosdevida_con_portada.pdf.
26. Moreno MC, Muñoz MV y Pérez PJ. El estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) en España. Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11-17 años. 2002; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/adolesEsp_2002.pdf.
27. Marchena JAM, Noguero FL, Sanchiz DC, Torres-Gordillo JJ. SIDA: Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesores en el CUR-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua. En *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa*. Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, 2011. p. 35-86.
28. Aggleton P, Parker R. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Ginebra: Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2002. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc891-wac_framework_es.pdf.

29. Givaudan M, Pick S. Evaluación del programa escolarizado para adolescentes: un equipo contra el VIH/SIDA. *Interam J Psychol*, 2005; 39(3): 339-346.
30. Uribe R, Fernanda A, Valderrama L, Sanabria AM; Orcasita L, Vergara T. Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 2009; 5(12): 29-43.
31. Rodríguez E, García N. Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. *Opción*, 2006; 22(50): 9-28.
32. Espada JP, Quiles MJ, Méndez FX. Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*, 2003; 24(85): 29-36.
33. Alarcón TM, Ballester R. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2006; 11(2): 79-90.
34. Araya S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*. 2002; vol 127: octubre de 2002.
35. Miric M. Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas VIH positivas en la República Dominicana. *Paradigmas*. 2004; 4(5), 70-101.
36. AgirrezabaL A, Fuster, MJ, Valencia, J. Informe FIP-SE. Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial. España: Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España; 2009. Disponible en: <http://www.cesida.org/wp-content/uploads/documentos/documentacion/elinformefipse.pdf>.
37. Byrne BM. Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming. Hove, United Kingdom: Psychology Press; 2013.
38. Curran PJ, West SG, Finch JF. The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychol Methods*. 1996; 1: 16-29.
39. Campbell, C et al. Exploring children's stigmatisation of AIDS-affected children in Zimbabwe through drawings and stories. *Social science & medicine*, 2010; 71(5):975-985.
40. Luévano-Flores PA, Moral-De la Rubia J. An exploratory qualitative study on the social representation of HIV/AIDS in young men who have sex with men. *Medicina Universitaria*, 2017;19(77):170-177.
41. Riley GA, Baah-Odoom D. Do stigma, blame and stereotyping contribute to unsafe sexual behaviour? A test of claims about the spread of HIV/AIDS arising from social representation theory and the AIDS risk reduction model. *Social Science & Medicine*, 2010; 71(3):600-607.
42. Rodrigues FRA, Monteiro PV & Pereira MLD. Social representations of AIDS: An analysis using the technique of free evocations. *International Journal of Infectious Diseases*, 2014 (21):126.
43. Goodwin R, Kozlova A, Kwiatkowska A, Luu, LAN, Nizharadze G, Realo A & Rämmer A. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*, 2003(56): 1373-1384.
44. Gaymard S & Cazenave C. Thirty years on... the social representation of AIDS among French teenagers. *Children and Youth Services Review*, 2018 (84):48-54.